PRESCRIZIONE DI DISPOSITIVO ODONTOIATRICO SU MISURA

CONFORME ALLA D.VA 93/42/CEE E NUOVO REGOLAMENTO MDR 2017/745

MITTENTE

Studio/Laboratorio

Indirizzo

Città **Cap** **Prov.**

Tel. **Cell.**

P.Iva/C.F.

Nr.iscr. Albo e Prov.

E-mail

DESTINATARIO

EVEREST
DENTAL ALIGNER

Via Trincea delle Frasche 110/E
00054 Fiumicino (RM)
P.iva/C.F.: 16046011009
N.REA: RM - 1630925
Tel.06/45.67.83.92 mail: everestaligner@gmail.com
Reg.Min.salute n. ITCA01043095

PRESCRIZIONE N. **DEL**

NOMINATIVO E/O ID PAZIENTE	
SESSO ☐ M ☐ F	ETA'
PARTICOLARI PRECAUZIONI DA ADOTTARE O ALTRE INFORMAZIONI (ALLERGIE, INTOLLERANZE ECC.)	

SI RICHIEDE LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA IDENTIFICATO CON IL NOME DI:

☐ **ALLINEATORI INVISIBILI EVEREST**

☐ NUOVO CASO	☐ RIFINITURA

☐ **MASCHERINE DI CONTENZIONE**

☐ KIT (3 SUP +3 INF)	☐ SINGOLA/E

☐ **ARCHIVIAZIONE MODELLI DIGITALI:**

☐	FINO A 5 CASI (TRASFERIMENTO VIA E-MAIL)
☐	OLTRE 5 CASI (TRASFERIMENTO SU DISPOSITIVO USB DA NOI FORNITO)

☐ **ALTRO (SPECIFICARE)**

OBIETTIVO DEL TRATTAMENTO	
INDIRIZZO MAIL PER INVIO PROGETTAZIONE	

EVIDENZIARE ELEMENTI PROTESIZZATI

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

MATERIALI ALLEGATI

☐ IMPRONTA SUP.	☐ IMPRONTA INF.	☐ CERA
☐ MODELLO SUP.	☐ MODELLO INF.	☐ RX
☐ ALTRO		
IMPRONTE DISINFETTATE CON		
DATA E LUOGO DI CONSEGNA		

TIMBRO E FIRMA CLIENTE